

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ANÁLISE DE PROCESSO DE SUPERVISÃO
ORIENTADA PARA CONCEPTUALIZAÇÃO DE CASO:
CONTRIBUTOS DA TERAPIA INTERPESSOAL
RECONSTRUTIVA**

Beatriz de Freitas Caló

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

2018/2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ANÁLISE DE PROCESSO DE SUPERVISÃO
ORIENTADA PARA CONCEPTUALIZAÇÃO DE CASO:
CONTRIBUTOS DA TERAPIA INTERPESSOAL
RECONSTRUTIVA**

Beatriz de Freitas Caló

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Nuno Miguel Silva Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

2018/2019

Agradecimentos

Ao meu orientador, o Professor Nuno Conceição, por toda a ajuda e orientação.

À Beatriz Lucas, pelo apoio, motivação e partilha de experiências no ano académico mais difícil, mas também o mais enriquecedor.

À Vanessa Santos, por me guiar nesta etapa e por todas as suas palavras de apoio desde o primeiro dia da faculdade.

À Margarida Rufino, minha parceira de vôlei, pela amizade e por partilhar o mesmo sentido de humor do que eu.

À Sofia Cardoso, minha companheira desde o início desta jornada, pela amizade, pelo carinho e por ter estado presente em todos os momentos.

A todos aqueles que, de alguma forma, fizeram parte da minha vida e que contribuíram com sorrisos e palavras de amizade e carinho.

Ao Pedro, pelo apoio de todas as horas, por sempre me motivar a fazer mais e melhor e por ser mais do que meu namorado, o meu melhor amigo.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio e amor incondicional, por tornarem tudo isto possível e por acreditarem mais em mim que eu mesma.

Agradecimento especial, ao meu avô por ter sido um exemplo e um pilar, sei que se tivesses aqui estarias orgulhoso.

Resumo

A supervisão é vista como um componente essencial do treino e desenvolvimento de boas práticas clínicas por parte dos psicólogos clínicos e psicoterapeutas. Contudo, tanto varia a medida da sua importância como difere o tipo de objetivos que prossegue. O tipo de supervisão aqui em estudo é orientado para ajudar os profissionais a desenvolver ou afinar a conceptualização de caso de forma a que esta possa orientar melhor as suas intervenções terapêuticas. Neste sentido, a autora do meta-modelo Interpersonal Reconstructive Therapy (IRT), pratica uma consultoria que procura resolver os bloqueios de conceptualização de terapeutas perante casos complexos, que já seguem há algum tempo, através de uma tarefa em *role-play* em que o supervisionado representa o seu cliente em impasse. Todavia, o modo como estas consultorias se desenrolam no sentido de chegar a essas conceptualizações nunca forma investigadas. Assim, com o objetivo de compreender que processos são necessários para praticar esta supervisão, foi analisada uma amostra de 9 sessões de consultoria, através de uma adaptação ao método *task-analysis* que resultou num modelo empírico preliminar e que aqui é posteriormente analisado ainda mais sistematicamente. Os resultados demonstraram existir dois grandes componentes, em funcionamento dialético, necessários para a resolução dos bloqueios – “Explorar e Aprofundar” e “Resumir e Refletir”. Nestes dois grandes componentes, foi verificado a existência de três focos principais, “foco no outro”, “foco no *self*” e “foco em si consigo mesmo”. Para além disto foi ainda, verificado uma procura sistemática por identificar figuras-chave no presente e no passado da pessoa. Estes resultados foram ao encontro do modelo que informa a condução do processo de supervisão.

Palavras-chave: supervisão, conceptualização de caso, task analysis, terapia interpessoal reconstrutiva

Abstract

Supervision is seen as a fundamental part of the training and development of good clinical practices by psychologists and psychotherapists. However, both its importance and its goals differ. This study will be dedicated to a type of supervision aimed at helping the referred mental health professionals developing a good case formulation or improve it: one that may set the stage for better therapeutic interventions. With this in mind, the author of the meta-model “Interpersonal Reconstructive Therapy” (IRT) embraces a concelling that seeks to solve blocked complex case formulations, which has been going on for some time. This is achieved by a role-playing task where the supervisee represents his blocked client. Nevertheless, the exact way that this concelling works towards building those formulations was yet to be researched. Therefore, with understanding which methods are nuclear to this supervision as the main purpose, a sample of 9 concelling sessions was analyzed through an adapted task analysis method that resulted in a preliminary empirical model and which is further analyzed here more systematically. The results showed that there are two major dialectically functioning components needed for block resolution - “Deep focus” and “Summarize”. In these two major components, there were three main focuses, "focus on the other", "focus on the self" and "introjected focus". In addition to this, there was a systematic search by the supervisor for identifying key figures in the present and past of the client. These results agreed with the model that informs the conduct of the supervision process.

Keywords: supervision, case formulation, task analysis, interpersonal reconstructive therapy

Índice

Introdução	1
Supervisão e Consultoria Clínica	1
Supervisão Orientada para Conceptualização de Caso	4
Método	10
Participantes	10
Procedimento.....	11
Recolha dos dados.....	11
Análise de dados	11
Resultados.....	14
Explorar e aprofundar.....	15
Resumir e refletir.....	21
Discussão e conclusão	22
Referências Bibliográficas.....	27

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Categorias pertencentes ao modelo preliminar e frequência na amostra.....	14
Tabela 2 - Subcategorias pertencentes a “Explorar e aprofundar” e sua frequência na amostra	15
Tabela 3 - Subcategorias pertencentes a “Resumir e refletir” e sua frequência na amostra	21

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo Empirico Preliminar da Tarefa.....	13
--	----

Introdução

Supervisão e Consultoria Clínica

A supervisão é vista, maioritariamente, como fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo do psicoterapeuta, bem como para a aquisição conceptual e procedimental de habilidades clínicas essenciais. Neste sentido, os supervisores desempenham um papel crucial na formação clínica e no desenvolvimento dos futuros profissionais de saúde mental. Desta forma, a supervisão é essencial para a realização de uma prática terapêutica eficaz e ética.

Milne (2007) identificou três objetivos gerais da supervisão clínica: o normativo, o restaurativo e o formativo. Respetivamente, estes objetivos traduzem-se em três funções: em primeiro lugar, o controlo de qualidade da prática terapêutica do supervisionado; em segundo lugar, a ajuda do terapeuta/supervisionado a trabalhar de forma mais eficaz, ou seja, a preservar a segurança do cliente, a desenvolver uma identidade profissional melhorando a autoconsciência e uma reflexão crítica; e, em último lugar, a manutenção e facilitação de competências e capacidades deste.

Não obstante a supervisão denotar diversas semelhanças com a psicoterapia, estamos perante realidades distintas. Segundo Ladany (2013), a supervisão, contrariamente à terapia, é avaliativa, involuntária e explicitamente educacional. Assim, a supervisão tende a ser obrigatória e os supervisores são legalmente responsáveis pelo seu supervisionado.

Em sentido similar às atividades de supervisão, existe também a consultoria, em que o nível de responsabilidade do supervisor é diferente. Esta forma de supervisão é facultativa, inexistindo qualquer tipo de responsabilidade legal do consultor, uma vez que o consultado pode rejeitar os conselhos dados por este (Wade, & Jones, 2015). Assim, a consultoria tende a

ser procurada por terapeutas mais experientes, uma vez que nestes casos a supervisão já não será obrigatória. No entanto, quando terapeutas mais experientes procuram supervisão/consultoria com o objetivo de obter certificação em alguma abordagem, é esperado que o terapeuta siga mais perto as linhas orientadoras do supervisor, para que venha a conseguir demonstrar proficiência naquela determinada abordagem.

Segundo Barletta (2009), a supervisão clínica estimula e desafia o terapeuta a examinar decisões e a explorar problemas. Numa perspetiva mais abrangente, esta pode também ajudar o terapeuta a conceptualizar os casos, a planear a intervenção, a aplicar procedimentos terapêuticos com proficiência e a processar as conquistas associadas à sua prática. De acordo com Shafranske e Falender (2016), por exemplo, a prática de supervisão clínica envolve diversos processos, tais como a formação e a manutenção de uma relação de trabalho, a identificação de metas, expectativas e responsabilidades, a realização de avaliação e a facilitação do desenvolvimento de competências e profissionalismo. Tal como lembra Bob (1999), a supervisão é mais do que aprender novas habilidades ou desenvolver uma identidade profissional: é, também, um processo de socialização em que o supervisionado aprende uma maneira diferente (presumivelmente mais eficaz) de estar com os seus pacientes.

Para chegar aos objetivos da supervisão, existem várias técnicas distintas que diferem consoante o modelo de supervisão ou o seu objetivo. É comum pensar que os supervisores fornecem essencialmente conselhos aos seus supervisionados. Na verdade, estes fazem-no muito moderadamente. Segundo Barletta (1996, 2009), é mais frequente serem utilizadas técnicas como perguntas exploratórias, técnicas de clarificação, confronto empático, *auto-revelação* e interpretações, *auto-relato* e, finalmente, técnicas de *role-play*.

Watkins (2017) afirma que, seja qual for o modelo de supervisão que esteja a ser utilizado, se a supervisão se mostrar eficaz, é porque as Experiências Educativas Corretivas

[ECEs] tiveram um papel nesse sucesso. Embora a "correção" propriamente dita ocorra rotineiramente na supervisão, estas ECEs são definidas como um evento de aprendizagem deliberada, sendo assim intencional e instrutivo – ou seja, tendo início, meio e fim. As ECEs são, então, interações em supervisão que envolvem o desempenho do supervisionado como algo que precisa de algum tipo de modelagem, influência ou mudança. Os esforços do supervisor são feitos de forma a modelar, influenciar ou mudar o desempenho do supervisionado e o supervisionado precisa de perceber (ou experienciar) as metas de desempenho de formas novas, diferentes e inesperadas.

Numa revisão sistemática, Wheeler e Richards (2007) demonstraram através de inúmeros estudos que a supervisão tem impacto positivo no supervisionado e, por sua vez, no resultado da terapia. Os autores analisaram 3 artigos sobre este tópico que demonstram que a supervisão tem um impacto na autoconsciência do terapeuta, na habilidade, na autoeficácia, na orientação teórica, no apoio e, por fim, nos resultados para o cliente. Posteriormente, um estudo de Callahan, Almstrom, Swift, Borja e Heath (2009), também demonstrou resultados sensivelmente equivalentes.

A supervisão é vista, independentemente da abordagem terapêutica, como uma componente essencial da psicoterapia, embora assuma formas e objetivos diversos (Lambert & Hawkins, 2001). Infelizmente, poucos métodos e manuais existem para o treino de supervisores. Não obstante, com o aumento da consciência da importância da supervisão clínica e com o facto desta atividade se ter tornado obrigatória para o ingresso nas Ordens Profissionais de Clínicos, é importante haver mais estudos nesta área.

Supervisão Orientada para Conceptualização de Caso

Os pacientes que apresentam um diagnóstico de Perturbação da Personalidade podem beneficiar particularmente de um processo terapêutico informado pela conceptualização efetiva de casos (Kramer, 2019). Isto porque os sintomas e os processos problemáticos são muitas vezes múltiplos e multifacetados, o que pode exigir uma conceptualização clinicamente relevante. Além disso, esta população apresenta uma grande heterogeneidade entre clientes, que desafia os sistemas categorizados de classificação e pode exigir uma abordagem individualizada para o entendimento e tratamento (Kramer, 2019).

É frequente as supervisões, de uma forma ou de outra, girarem em torno de aspetos relacionados com a conceptualização de caso, seja no sentido de a construir, de a rever ou de fazer alinhar os procedimentos clínicos com ela. Isto porque, a literatura demonstra que terapeutas mais experientes em comparação com terapeutas menos experientes, demonstram conceptualizações de caso mais compreensivas, abrangentes, elaboradas, complexas, com mais ideias sobre diagnóstico, explicações de problemas e intervenções (e.g. Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, & Lucas, 2005). Assim, a supervisão é considerada das melhores formas de adquirir esta competência (Sperry, & Sperry, 2012).

Tradicionalmente, é atribuída grande importância à conceptualização de caso, sendo descrita como um método que amplifica os resultados em psicoterapia, uma vez que organiza as informações e padrões do paciente, melhorando a sua compreensão e a sua capacidade de antecipar desafios e obstáculos do processo (Eells, 2007; 2015; Sperry, & Sperry, 2012). Kramer (2019) defende mesmo que a conceptualização é central não apenas durante a terapia, mas também fora da “hora da terapia”, uma vez que permite uma atividade reflexiva do terapeuta sobre o caso.

Estas considerações gerais não impedem, ainda assim, que diferentes medidas de importância e diferentes visões, consoante abordagens e autores, existam sobre o conceito de conceptualização de caso.

Por exemplo, a abordagem cognitivo-comportamental (e.g. Persons, & Tompkins, 2007) vê este método clínico como uma narrativa que contém informação do paciente sobre os seus problemas e hipóteses sobre as suas causas, fatores precipitantes e fatores que mantêm o problema em causa, incluindo, também uma descrição sobre todas as correlações existentes. Já na abordagem da Terapia Centrada nas Emoções, a conceptualização de caso é orientada à medida que os terapeutas tentam permanecer responsivos à experiência momento a momento dos clientes na sessão. Assim, a conceptualização é co-construída em colaboração com o cliente e terapeuta, podendo ser reformulada continuamente para permanecer perto da experiência momentânea do cliente ou dos estados atuais, em vez de ser feita sobre o caráter de uma pessoa (Greenberg, & Goldman, 2007).

Se, por um lado, há modelos que promovem conceptualizações de caso específicas da abordagem (como é o caso das abordagens acima descritas), há também meta-modelos que promovem conceptualizações de caso independentemente da abordagem preferencial do terapeuta, numa linguagem ainda mais transversal e integrativa. Temos, por exemplo, a *Interpersonal Reconstructive Therapy* [IRT], em que as conceptualizações de caso devem descrever mecanismos psicossociais da perturbação afetiva e de personalidade de forma a aumentar a eficácia da psicoterapia (Critchfield, Benjamin, Levenick, 2015). Assim, segundo a IRT, não importa a(s) escola(s) ou abordagens teóricas seguidas pelos terapeutas, desde que a ação terapêutica do terapeuta venha a ser consistente com a conceptualização de caso e que se direcionem para os objetivos da terapia ditados por essa mesma conceptualização de caso (e também de processo).

A conceptualização de caso em IRT, alvo do presente estudo, é específica e única o suficiente para facilitar um tratamento individual focado em padrões relacionais, a sua origem e razões de persistência mesmo quando estes são desadaptativos. Assim, a conceptualização de caso em IRT é feita em 4 passos: identificar e descrever padrões existentes no presente, procurar evidências da *Teoria do Processo de Cópia* para identificar figuras de vinculação, articular hipóteses das *Prendas de Amor*, e, por fim, identificar possíveis implicações no tratamento.

Segundo a IRT, os sintomas e problemas do paciente resultam de tentativas de adaptação às circunstâncias atuais, utilizando como recurso modelos e estratégias internalizadas desadaptativas - isto é, usando regras e valores, entretanto tornados problemáticos, mas que foram importantes para a sobrevivência quando estavam a ser aprendidos outrora com os cuidadores de quem dependiam (Critchfield, & Benjamin, 2008). Parte desta aprendizagem é vista à luz da Teoria do Processo de Cópia, desenvolvida por Benjamin (2003), que teve como base a Teoria da Vinculação de Bowlby, que faz parte dos fundamentos da IRT. Esta teoria tem como proposição básica a existência de uma ligação extramente específica entre o passado e o presente, quer seja em comportamento normal ou patológico. Assim, é possível identificar três formas principais de repetir padrões aprendidos no passado e no presente: a identificação, a recapitulação e a introjeção (Benjamin, 2003, 2006). A identificação é um destes padrões, que se espelha no comportamento da pessoa ao agir como a sua figura de vinculação. A recapitulação ocorre quando a pessoa age como se a figura de vinculação ainda estivesse presente e no comando ou em controlo da situação. Por último, na introjeção, a pessoa trata-se a si mesma como era tratada pela figura de vinculação. Pela lente da IRT, o ser humano sente-se seguro quando copia estas aprendizagens antigas e denomina-as como *Prendas de Amor* (Benjamin, 2006, 2018).

Para além disto, o meta-modelo em questão utiliza o *Structural Analysis of Social Behavior - Análise Estrutural do Comportamento Social* [SASB], para observar, descrever e avaliar, de forma objetiva e sistemática, as interações interpessoais e intrapsíquicas, em psicoterapia, em supervisão ou outro contexto relacional (Benjamin & Cushing, 2000). Benjamin (1996, 2018) afirma que, o SASB dissecar eventos interpessoais e intrapsíquicos em 3 dimensões subjacentes: foco no outro – o que o outro me faz; foco em si mesmo com o outro – como eu reajo ao outro; e foco em si mesmo consigo mesmo – o que eu passo a fazer comigo mesmo após repetidas experiências nas duas dimensões anteriores. No alinhamento da IRT, a SASB é um método teoricamente neutro e tem sido utilizado por diferentes abordagens terapêuticas. Relativamente à conceptualização de caso a SASB e as mudanças nos seus parâmetros, apresenta-se como essencial para os testes empíricos da potencial validade dessas conceptualizações de caso à luz da IRT (Benjamin, 2003).

Pode-se perceber, então, que a IRT não oferece nenhuma técnica de tratamento ou uma nova forma de se relacionar com os pacientes, mas sim uma forma de pensar e compreender os pacientes com os seus padrões, na expectativa de auxiliar os clínicos a ser mais eficazes e eficientes a escolher as suas intervenções para os ajudarem nas suas dificuldades (Benjamin, 2006; 2018).

Relativamente ao apoio empírico associado às conceptualizações de caso em vários modelos (Kramer, 2019), ele é ainda escasso em muitas abordagens – a literatura tende a ser essencialmente teórica e só mais recentemente se começaram a fazer estudos empíricos. Em IRT, curiosamente, já existe alguma evidência empírica a favor da conceptualização de caso. Por exemplo, um estudo de Critchfield, Benjamin e Levenick (2015), demonstrou que existe grande confiabilidade na conceptualização de caso do meta-modelo em causa, em pacientes adultos com perturbações complexas e com comorbilidades.

Apesar de haver evidência empírica a favor do impacto das conceptualizações de caso em IRT, o modo como as consultorias se desenrolam até chegar a essas conceptualizações orientadoras nunca foi investigado. Para além disso, essas mesmas conceptualizações são habitualmente conduzidas por supervisores ou consultores exclusivamente de dentro do próprio meta-modelo, Lorna Benjamin e Ken Critchfield.

Logo, se atendermos aos vários tipos de supervisão em geral e ao tipo de supervisão em concreto que visa uma co-construção de uma conceptualização de caso, esta abordagem da IRT, ancorada na SASB e na Teoria de Processo de Cópia, parece merecedora de estudos empíricos sobre como ela própria se desenrola em contexto de supervisão. Se a investigação conseguir a proeza de conceber um modelo racional-empírico que demonstre como emergem as conceptualizações de caso em IRT, tal como conduzida pelos seus próprios proponentes, então, no futuro, essas mesmas habilidades podem ser extensíveis a outros supervisores, pelo mundo fora - mais uma vez, na perspectiva de poder ser útil a um maior número de clínicos independentemente das suas afiliações.

Assim, estará em estudo uma supervisão/consultoria, praticada pela Doutora Lorna Smith Benjamin, que procura facilitar o processo de bloqueios de conceptualização de terapeutas perante casos complexos em impasse. Nesta sessão de supervisão/consultoria, a autora da IRT utiliza uma tarefa específica de *role-play* onde os terapeutas são convidados a incorporar o seu cliente mais desafiador.

Este tipo de técnicas de simulação e de *role-playing* são utilizadas em supervisão há mais de 60 anos, pois tornam o ambiente de ensino o mais próximo possível com situações terapêuticas reais (Akamatsu, 1980). A pesquisa de Rabinowitz (1997) revelou que o *role-play* em combinação com o *feedback* são métodos com sucesso na aprendizagem. O mesmo autor refere que embora o seu estudo tenha sido aplicado a estudantes que ainda não tiveram contacto

com pacientes, este acredita que pode ser eficaz em terapeutas já com pacientes. Ou seja, um terapeuta que está a ter dificuldades com um cliente específico, se tiver a oportunidade, através de *role-play*, de representar o seu próprio cliente, poderá ver novas perspetivas do seu trabalho. Segundo a revisão de Wilson e Lizzio (2009), o método de *role-play* é também bastante utilizado e eficaz para treinar e desenvolver habilidades de microcomunicação, de diagnóstico e de empatia.

Esta abordagem de supervisão/consultoria em estudo, com recurso a uma tarefa de processamento específica de *role-play*, procura auxiliar o terapeuta a ver experiencialmente o mundo como o seu paciente, na esperança de lhes vir a ser mais fácil ajudar os seus pacientes a libertarem-se dos padrões e hábitos de funcionamento problemáticos. Através deste *role-play* o terapeuta vivencia algumas das suas dificuldades centrais do seu cliente, que por conseguinte, com a facilitação da consultora, o terapeuta poderá desbloquear determinadas dificuldades de processamento de atribuição de significado, chegando a uma resolução de conceptualização de caso orientadora.

Resumindo, este estudo debruça-se sobre esta tarefa específica de supervisão/consultoria, que visa uma conceptualização de caso orientadora, tal como praticada pela sua autora. Desta forma, o objetivo deste estudo será aperfeiçoar e pormenorizar o modelo racional-empírico disponível desta supervisão/consultoria. A desconstrução de um bom processo em supervisão/consultoria pode contribuir para a disseminação de modelos de supervisão que visam a co-construção de conceptualizações de caso orientadoras, sobretudo em casos complexos. Assim, este estudo será um passo em frente no estudo desta supervisão/consultoria, para mais tarde, ser possível ensiná-la a futuros supervisores.

Método

Participantes

A amostra foi recolhida através de vídeo ou áudio em díade, havendo assim dois tipos de participante: participante-supervisor e participante-terapeuta ou supervisionado. A amostra é composta por 9 tarefas de role-play completas com aproximadamente uma hora de duração, em língua inglesa. O participante supervisor foi sempre a autora da IRT: Lorna Smith Benjamin. Já a amostra de supervisionados é composta por oito participantes. Destes oito participantes, cinco eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Um dos participantes feminino teve duas participações, referentes ao mesmo paciente, perfazendo assim as 9 sessões de supervisão.

Um dos requisitos fundamentais para participar no estudo como supervisionado, era acompanhar um cliente pelo menos há 1 ano. A escolha do cliente por parte do terapeuta deve ter os seguintes critérios: não existir resultados terapêuticos significativos e existirem dificuldades ao nível da conceptualização de caso. Em relação a informações referentes ao cliente escolhido pelo terapeuta não foram recolhidos quaisquer dados, preferindo-se manter o anonimato.

Ainda em relação à confidencialidade dos participantes supervisionados, importa referir que todos os nomes dos participantes foram traduzidos por códigos. Quanto à amostra obtida, a segurança e confidencialidade dos dados foram garantidas, uma vez que só os membros da equipa de investigação têm acesso às gravações das sessões. Apenas a identidade da supervisora é revelada, sob autorização da mesma e da sua representante legal.

Procedimento

Recolha dos dados

A recolha de dados foi feita em workshops e conferências dadas pela autora da IRT, Lorna Smith Benjamin, e, por isso, todas as sessões de supervisão/consultoria foram feitas com uma audiência. É de notar que todos os participantes foram voluntários. A amostra foi recolhida através de áudio e/ou vídeo e apenas foi tida em consideração, para este estudo, a tarefa de *role-play*.

A participante supervisora, deu início a esta tarefa sempre com a mesma explicação, apenas com pequenas variações: “Bem, como sabe eu sou consultora. Eu gostava de falar consigo por mais ou menos uma hora, ou menos, e perceber se consigo ver o mundo como você. Se eu conseguir, tentarei fazer algumas sugestões que podem ser úteis para si e para o seu terapeuta. Isto faz sentido para si? Ok, então diga-me o que está a trabalhar com o seu psicoterapeuta”. O final da tarefa foi também claramente demarcado, pela participante supervisora, com uma despedida cordial - “Adeus!”, parando o terapeuta assim a sua representação enquanto seu cliente.

Análise de dados

Uma adaptação do método *task analysis* (Greenberg, 2007) foi utilizada neste estudo. Este método é composto por duas fases, a da *descoberta* e a da *validação*, sendo que este estudo apenas está focado na primeira fase – a *descoberta*.

Segundo Greenberg (2007), o primeiro passo a ser feito numa análise baseada na *task analysis* é o de *especificar e definir a tarefa* que envolve uma descrição comportamental de um problema afetivo-cognitivo. Desta forma, a tarefa em estudo ocorre numa sessão de consultoria de demonstração com o objetivo de ajudar o terapeuta/supervisado na

conceptualização de caso de um cliente específico com dificuldades no processo terapêutico – um cliente que, em geral, sente desesperança e/ou desamparo ou que está “preso” num certo padrão familiar. Esta tarefa de *role-play*, tem a duração de aproximadamente uma hora, onde o participante supervisionado representa o seu paciente e, assim, vivencia algumas das suas dificuldades centrais, na expectativa de que através da supervisora/consultora poderá chegar a uma conceptualização de caso orientadora.

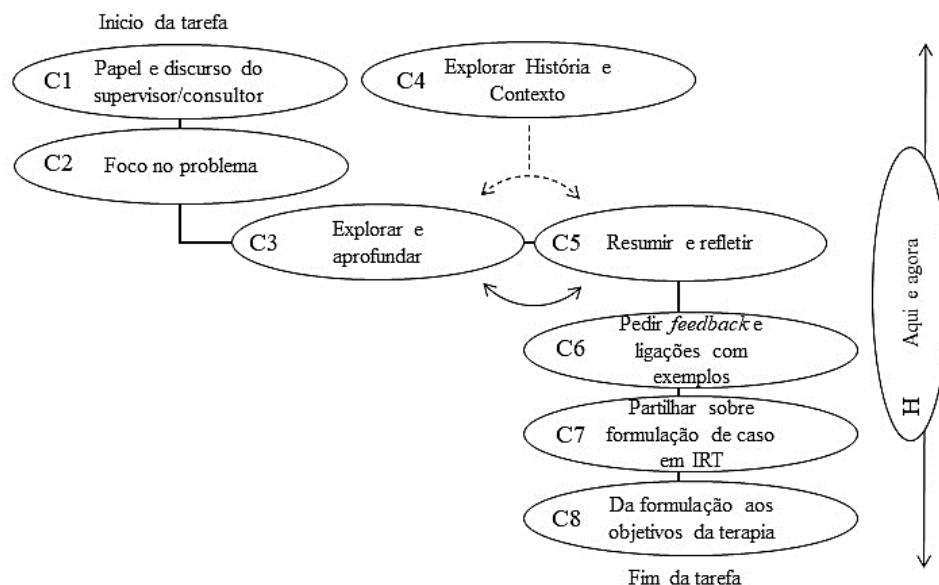
Todos os vídeos foram transcritos e foram analisados qualitativamente por um grupo de trabalho com três a nove elementos, com pouca experiência em IRT, supervisionado pelo Professor Doutor Nuno Conceição. Três destes elementos foram participantes do estudo, acrescentando, assim, a sua experiência à discussão.

Foi neste grupo de trabalho que foi ***construído o modelo preliminar*** (ver figura 1), requisito da *task analysis* (Greenberg, 2007), baseado na teoria da IRT e da sua conceptualização de caso. Ainda neste grupo de trabalho a próxima fase da *task analysis* foi efetuada: ***contruir um modelo empírico da tarefa***. Através da análise qualitativa e da codificação das sessões de consulta, as categorias preliminares do modelo foram refinadas em componentes mais amplos e menos descritivos. Todos estes componentes eram constantemente redefinidos à medida que mais informações surgiam. Para facilitar todo este processo, cada componente recebeu um número e uma cor, o que permitiu o estudo qualitativo da sequência e frequência dos componentes em cada sessão de supervisão. Num primeiro momento, as codificações foram feitas por um grupo de três codificadores. No final, foram vistas e confirmadas pelos restantes membros da equipa. Cada uma das nove supervisões foi decomposta em componentes de acordo com a sequência temporal em que ocorreram. A análise consensual destas 9 sequências de componentes, permitiu chegar a um modelo empírico preliminar com 9 categorias (ver figura 1). Já aquando da criação deste modelo foi possível perceber que a interação entre as categorias é flexível e que antes de chegar a uma formulação

de caso, o supervisor utiliza principalmente interações *C3* e *C5*, e eventualmente *C4*, para além disto algumas intervenções em cada categoria podem incluir *H* (ver figura 1).

Figura 1.

Modelo Empírico Preliminar da Tarefa



Para o presente estudo, todos os dados da amostra, sob a forma de eventos transcritos ou excertos das intervenções da supervisora foram distribuídos pelas categorias do modelo empírico, no programa estatístico NVIVO. O objetivo desta investigação é, primeiro, quantificar de forma sistemática a distribuição de intervenções da supervisora. Segundo, associado a este trabalho de quantificação, contribuir para recheiar qualitativamente cada componente com todos os excertos concretos da voz da supervisora nas nove supervisões, para que tenhamos evidência da natureza diversificada e, simultaneamente, específica do que se processa em cada componente. Terceiro, após se ter confirmado de forma quantitativa sistemática que há dois componentes com uma frequência muito superior em relação às restantes, estes foram analisados qualitativamente com maior detalhe. Assim, dar-se-á um

passo para aperfeiçoar o modelo empírico preliminar existente através da análise sistemática dos dados quantitativos e qualitativos.

Resultados

Na tabela 1 estão representados os resultados da análise preliminar e as referências correspondentes a cada categoria. Com uma rápida observação desta mesma tabela, é perceptível a existência de dois grandes componentes. Para além da sua frequência maior, são as duas únicas categorias sempre presentes em todas as sessões de supervisão/consultoria.

Tabela 1.

Categorias pertencentes ao modelo preliminar e frequência na amostra

Código	Categoria	Fontes	Referências
C1	Papel e discurso do supervisor/consultor	8	26
C2	Foco no problema	8	57
C3	Explorar e aprofundar	9	549
C4	Explorar história e contexto	7	73
C5	Resumir e refletir	9	527
C6	Partilhar sobre formulação de caso em IRT	8	114
C7	Pedir feedback e ligações com exemplos específicos	8	74
C8	Da formulação aos objetivos da terapia	7	88
H	Aqui e agora	8	137

Assim o papel destas duas categorias parece fundamental e indispensável para a concretização da tarefa em estudo. Contudo estas são, ainda, muito genéricas e pouco ou nada dizem sobre o seu conteúdo. Por este motivo, estas foram as categorias escolhidas para serem analisadas neste estudo com mais detalhe. Cada uma delas e a sua análise irão ser apresentadas a seguir, com alguns exemplos de forma a ilustrar melhor o seu significado.

Explorar e aprofundar

A primeira macro categoria a ser analisada foi a C3, que se divide em outras três grandes categorias, representadas na tabela 2 com as respectivas micro categorias.

Tabela 2.

Subcategorias pertencentes a “Explorar e aprofundar” e sua frequência na amostra

Código	Categoria	Fontes	Referências
C3A	Pedir exemplos	8	51
C3A1	Foco no outro	5	7
C3A2	Foco no <i>self</i>	6	15
C3A3	Foco em si consigo mesmo	3	7
C3A4	Doença e sintomas	1	22
C3B	Clarificações (como, porquê, e o quê)	9	276
C3B1	Foco no outro	8	45
C3B2	Foco no <i>self</i>	9	83
C3B3	Foco em si consigo mesmo	9	113
C3B4	Doença e sintomas	3	28
C3B5	Foco na psicoterapia	2	3
C3B6	Para o terapeuta	1	4
C3C	Figuras centrais e impacto no self	9	222
C3C1	Consequências antecipadas	8	29
C3C2	Imediatividade (<i>self</i> e supervisor)	4	27
C3C3	Especificidades	9	91
C3C4	Passado/tempo	6	23
C3C5	Gostos e desejos do <i>self</i>	4	12
C3C6	Diferenciação (<i>self</i> /outro)	8	33
C3C7	Para o Terapeuta	1	7

C3A- Pedir exemplos. Tal como o nome indica representa o pedido de exemplos práticos de diversas situações, sendo que se subdivide em 4 micro categorias.

A micro categoria **C3A1 – foco no outro**, que representa pedidos de exemplos em que o esteja no outro, que por sua vez foi dividida em 3 nano categorias, das quais: opinião de outros– “*ex-amante diz sobre a sua partida?*” (Supervisão 4 [S4]) -, reações ou respostas de outros – “*Eu quero saber o que ela te disse...*” (S3).

Já na **C3A2 – foco no self**, que por sua vez representa pedidos de exemplo focados na pessoa e na pessoa com o outro. As subcategorias que derivaram desta foram: problemas específicos com outros– “*Você está disposto a me contar sobre um momento que realmente esperava com alguém e ficou desapontado?*” (S3) -, como determinado sentimento é expresso – “*Diga-me o que a raiva faria se você a expressasse*” (S3) -, como determinada situação ou episódio ocorreu - “*Dê-me um exemplo de si a fazer isso [isolar-se dos outros]*” (S3) -.

Foram categorizadas as falas da supervisora em **C3A3 – foco em si consigo mesmo** quando estas tinham como objetivo de saber exemplos de sentimentos ou situações internas da pessoa. Esta categoria por sua vez, subdivide-se em: amor próprio versus auto-ataque – “*(...) como se magoa a si mesmo?*” (S3) -, gostos– “*[referindo-se ao gosto por desafios] Qual é um exemplo de um desafio recente*” (S4) -, e percepção de ameaça - “*O que a mantém acordada à noite?*” (S4).

Por fim, a última micro categoria, **C3A4 – doença e sintomas**, que ocorreu em apenas uma supervisão da amostra, que corresponde ao foco em doenças e sintomas físicos e o seu impacto e características – onde dói, desde quando...

C3B - Clarificações (como, porquê, e o que). Nesta categoria estão questões começadas na sua maioria com advérbios interrogativos que procuram esclarecer e aprofundar os assuntos abordados. Esta categoria subdivide-se em 6 micro categorias.

A micro categoria **C3B1 – foco no outro**, que diz respeito a perguntas com o objetivo de conhecer o outro e o outro com a pessoa, sendo que se subdivide em 9 nano categorias, das quais: como te tratam – “*Como ela mostrou a raiva que tinha de si?*” (S4) -, identificar uma pessoa – “*Quem esteve presente?*” (S2) -, identificar padrões de comportamento – “*Não conseguia se sustentar, quer dizer?*” (S4) -, localizar no tempo e no espaço – “*Onde dormiu ela?*” (S1) -, leitura da mente – “*Porque ela não deixou isso?*” (S4) -, opinião dos outros sobre mim ou outros – “*Vamos imaginar que diz isso, o que irá ela dizer?*” (S2) -, reação de outros – “*Como reagiu ela a isso?*” (S9) -, prever respostas e reações – “*Ele desmaiaria?*” (S9) -, pedir explicações e mais informações – “*Ele era seu professor?*” (S8).

Já a categoria **C3B2 – foco no self**, são questões para a pessoa e sobre a forma como esta se relaciona com os outros, que se subdivide em: expectativa – “*O que acha que ela deveria ter feito?*” (S4) -, clarificar esta conversa – “*Você poderia estar com raiva de mim?*” (S1) -, sentimentos – “*Está zangada com quem?*” (S4) -, perceção sobre as relações – “*Qual a sua visão sobre um relacionamento na realidade?*” (S1) -, padrões de comportamento – “*Esse é um hábito que tem há algum tempo?*” (S6) -, perguntas concretas e práticas – “*É a única pessoa com 2 empregos?*” (S8) -, razões – “*Porque tem de voltar para casa para eles?*” (S4) -, cenários hipotéticos – “*(...) você está na vida após a morte, você se matou (...)*” (S9) -, pedir explicações ou mais pormenores – “*O que quer dizer quando diz estúpido?*” (S6) -, o que quer dizer/ fazer aos outros ou o que diz/ faz aos outros – “*O que gostaria de lhe dizer? (...) O que lhe diz?*” (S2).

Questões sobre a própria pessoa, como pessoa individual e como esta se relaciona consigo mesma, estão categorizadas como **C3B3 – foco em si consigo mesmo**. Esta fraciona-se em: crenças – “Qual é a sua visão de normal?” (S5) -, verificações – “E isso é um problema?” (S3) -, análise de custo/benefício – “Quais são alguns dos custos disso?” (S6) -, expetativas sobre si – “Idealmente, o que você faria, qual é a sua versão do que você deveria fazer?” (S4) -, sentimentos e emoções – “(...) bem, vamos falar um pouco sobre os seus pensamentos suicidas. O que sente sobre isso agora?” (S9) -, intenções – “O que está a tentar fazer é...?” (S8) -, gostos, desgostos e preferências – “O que gosta sobre isso?” (S4) -, significados e como chegar a este – “Como entende isso [referido após afirmação de autoconfiança?” (S4) -, memórias – “O que se lembra sobre isso [tentativa de suicídio na adolescência]?” (S5) -, perguntas concretas e práticas – “Qual é o seu trabalho?” (S4) -, razões e motivos – “Porque está a dizer isso?” (S4) -, auto-controlo e auto-afirmação – “Seria capaz de dizer o que realmente sente, se pudesse?” (S4) -, amor próprio e auto ataque – “Porque isso a faz odiar-se a si mesma?” (S7) -, pedir mais informações e explicações – “Mas então, eu entendo que desistiu das drogas?” (S9) -, pensamentos – “O que passa pela cabeça, quando pensa sobre isso?” (S2) -, e ameaça – “O que estava a acontecer que era tão assustador?” (S9).

A micro categoria, **C3B4 – doença e sintomas**, que há semelhança da C3A4, corresponde a questões relacionadas com doenças – “O que o seu médico diz sobre isso? Diz que é das articulações?” (S4).

Já a micro categoria **C3B5 – foco na psicoterapia**, “O que pensa o seu terapeuta?” (S1), é um exemplo de um item nesta categoria, onde o objetivo é entender a perspetiva da pessoa sobre a terapia.

Por fim, a **C3B6 – para o terapeuta**, onde a tarefa por momentos é interrompida com uma questão para o terapeuta participante - “*Como terapeuta, o que gostava de dizer?*” (S2).

C3C - Figuras centrais e impacto no self. Quanto à última categoria da macro categoria C3, contém 7 micro categorias. Alguns dos componentes desta subcategoria, repetem-se nas subcategorias anteriores. Esta subcategoria remete a itens que procuram figuras chave e o impacto no cliente.

A **C3C1 –consequências antecipadas**, com questões que procuram respostas baseadas em suposições. Esta categoria é constituída por 3 subcategorias: se outros se importam – “*Quem quer saber disso?*” (S3) -, como outros reagem a mim ou a outros – “*Então, o que ela diz quando fica a trabalhar até tarde?*” (S4) -, e reação de outros se eu – “*O que os seus pais diriam se você permanecesse dependente a vida toda*”.

Já na **C3C2 – imediaticidade (self com o supervisor)**, todos os seus itens estão também presentes na macro categoria, H – aqui e agora, e tendem a verificar a relação entre supervisor e supervisionado enquanto cliente.

A **C3C3 – especificidades**, que diz respeito a questões ou afirmações que procuram mais informações específicas sobre determinada situação e tem 6 subcategorias: clarificar – “*Oh, espere um minuto, espere um minuto, no começo ele, ele não ficou muito simpático até você ter um caso, certo? Ou eu não entendi bem?*” (S4) -, sentimentos sobre mudança – “*Então, como você se sente sobre essa troca?*” (S1) -, sentimentos sobre outros – “*Como isso a fez sentir?*” (S1) -, como entende algo – “*(...) acha que isso teve um efeito em você?*” (S8) -, identificar uma pessoa – “*Quem disse isso?*” -, e onde, como e o quê – “*O que ela disse sobre ele?*” (S2).

A próxima categoria é a **C3C4 – passado/tempo**, onde episódios no passado são abordados, subdividindo-se nos seguintes temas: memórias – “*O que se lembra sobre a sua raiva, enquanto criança?*” (S4) -, sentimentos - “*Como se sentiu?*” (S3) -, reação de outros – “*Ele costumava ficar chateado contigo?*” (S4) -, e quando determinado acontecimento ocorreu, ou desde quando acontece – “*(...) Está zangado há muito tempo?*” (S4).

Outra categoria proveniente da C3C, é sobre **gostos e desejos do self** e tem como código **C3C5**, como o nome indica, os gostos, desejos e esperanças sobre os outros ou sobre a pessoa são questionados. Categoria esta que se subdivide em 3 nano categorias: gostos, preferências e desejos – “*O que gostava de lhe dizer?*” (S2) -, e o que outros deviam ter feito – “*Bem, o que ela deveria ter feito?*” (S4).

A próxima categoria é **C3C6 – diferenciação (self/outro)**, que é uma categoria onde o participante é questionado sobre relações interpessoais, que se subdivide em 7 categorias, entre elas: escolhas ou falta dela – “*Quem disse que tem que pensar como eles?*” (S1) -, dependência de outros – “*O seu pai é que está a pagar?*” (S1) -, sentimentos sobre si – “*Oh, você é ... incompetente?*” (S4) -, sentimentos e pensamentos de outros – “*Ele está chateado consigo?*” (S9) -, como é a relação – “*Como é a vossa relação?*” (S4) -, normalidade – “*Isso é um hábito normal?*” (S1) -, e regras e padrões de comportamento – “*Eles tentam dizer para você não trabalhar. Por que você deveria voltar para casa?*” (S4).

Por fim, a última micro categoria é referente a afirmações ou perguntas direcionadas ao terapeuta enquanto tal, saindo assim da tarefa (**C3C7 – terapeuta**) – por exemplo na S2, “*Como terapeuta o que gostava de dizer?*”.

Resumir e refletir

A macro categoria C5 foi subdividida em 4 grandes subcategorias, representadas na tabela 3.

Tabela 3.

Subcategorias pertencentes a “Resumir e refletir” e sua frequência na amostra

Código	Categoria	Fontes	Referências
C5A	Foco no outro	9	98
C5B	Foco no <i>self</i>	9	172
C5C	Foco em si consigo mesmo	9	181
C5D	Comentários do supervisor sobre o caso	8	76

C5A – Foco no outro. Representa itens que sumarizem ideias focadas no outro e a forma como o outro se relaciona com a pessoa, um exemplo que ilustra esta categoria é: “*Então a sua mãe estava muito preocupada com a sua imagem e com a sua aparência.*” (S1).

C5B – Foco no self. Itens que procuram sumarizar ideias sobre a pessoa e como esta se relaciona com o outro estão categorizados aqui, um exemplo que representa esta subcategoria é: “*É mais fácil para si falar com a mãe do que com qualquer outra figura sobre a qual falamos*” (S2).

C5C – Foco em si consigo mesmo. Nesta subcategoria da é onde estão categorizadas as apreciações e ideias sobre a forma como a pessoa se relaciona consigo mesma. Um exemplo desta categoria é “*Então você precisa fazer o impossível, rapidamente*” (S4).

C5D – Comentários do supervisor sobre o caso. Por fim, nesta subcategoria, estão categorizados itens em que a supervisora comenta de alguma forma o caso, com ou sem

envolvimento pessoal, por exemplo “*Não vou discutir sobre isso ... acho que você é a prisão!*” (S4), ou “*Isso é extraordinário. É como se ele estivesse a gozar consigo*”.

Discussão e conclusão

Após a distribuição de todas as intervenções da supervisora foi possível compreender não só a dimensão de cada componente, mas também aceder a evidência do que se processa em cada um. Através destes primeiros passos, dois componentes se destacaram pela sua maior frequência. Neste sentido, aproveitando estes dois componentes tão ricos em informação (C3 e C5) e uma vez que demonstraram ser grande parte da tarefa, este estudo teve como objetivo específico desconstruí-los para entender *o que está a ser feito* durante esta.

A componente C3 representa a procura, a exploração de informação e o aprofundar do problema nas suas várias variações e manifestações, já o componente C5 representa a reflexão e o resumo do essencial ou mais distintivo que foi apreendido após a exploração e aprofundamento precedentes. Estes componentes, juntos são as laranjas para o sumo da dialética central da tarefa, sumo esse que discorre subsequentemente para a conceptualização de caso que emerge mais claramente nos componentes seguintes (C6, C7 e C8). Deste forma, e segundo o modelo empírico preliminar, apenas se chega ao objetivo da tarefa – ajudar em bloqueios de conceptualização de caso – após se passar várias rodadas nesta dialética central, aqui em análise.

Na perspetiva construtivista dialética do significado pessoal de Greenberg e Pascual-Leone (2001), é reportado dois grandes tipos de processamentos à luz da síntese dialética, conceptual e experimental, que atuam juntos de forma a gerar constantemente explicações de experiência. Neste caso específico, parece que estamos perante uma dupla dialética entre C3 e C5. No “Explorar e aprofundar” o supervisionado no papel do seu cliente, é convidado a entrar

em contacto com informação e memórias autobiográficas concretas e específicas, e nesse processo simboliza aquilo que nomeia que por ser mais específico, poderá conter alguma ativação. Já no “Resumir e refletir” o supervisionado é convidado a conhecer novos significados que, pela forma como são entregues, com uma linguagem frequentemente evocativa, estimulam também alguma ativação emocional.

Após a análise da macro categoria C3, foram analisadas as 3 categorias derivadas. As subcategorias C3A, C3B, pedir exemplos e clarificações (como, porquê, e o quê), fornecem informação empírica de como é que a supervisora procura informação tendo como base o objetivo de permitir o aprofundamento do problema e apropriar-se (e convidar o supervisionado a apropriar-se) da vivência do problema por parte do cliente em causa. Analisando a frequência destas duas subcategorias, foi possível verificar que as informações a explorar e a aprofundar são obtidas com maior frequência através de questões diretas e em menor frequência através do pedido de exemplos. Esta informação é útil para o estudo desta tarefa de supervisão, uma vez que fornece conhecimento acerca da forma como são obtidas grande parte das informações necessárias para o desenvolvimento de uma conceptualização de caso IRT.

O SASB, uma lente essencial na IRT, é um modelo utilizado para descrever de forma objetiva e sistemática, interações entre pessoas (Benjamin & Cushing, 2000) e é essencial para o estudo empírico de conceptualizações de caso em IRT (Benjamin, 2003). Os resultados deste estudo demonstraram que parece igualmente útil em supervisão na medida em que, os seus conceitos básicos (“foco no outro”, “foco no *self*”, “foco em si consigo mesmo”) foram evidenciados como código/subcategoria na análise pormenorizada do que se passa nos componentes C3A, C3B e também no componente C5.

Através de uma análise quantitativa, foi perceptível que o foco no outro, quer seja nas categorias C3A, C3B ou C5, embora tenha sido utilizado em quase todas as supervisões, foi o foco menos utilizado dos três demonstrando ser um dos focos menos abordados e menos

cruciais para a conceptualização de caso. Em oposição, o tempo gasto nas subcategorias categorias “*foco no self*” e “*foco em si consigo mesmo*” foi superior, tanto nas categorias C3A, C3B e C5. Tal resultado pode dever-se ao facto de ser mais importante, para a construção de uma boa conceptualização de caso em IRT, perceber como o paciente interage com os outros e consigo mesmo do que perceber como é que o cliente percebe como o outro interage consigo. Numa perspetiva experiencial construtivista, estes dois focos poderão ter também mais potencial para ativar esquemas emocionais e tornar todo o processamento mais experiencial (Greenberg e Pascual-Leone 2001).

Saliente-se o facto de que, na maioria da amostra, esteve evidente a existência de um foco nas relações interpessoais. Esta procura e este foco pode ser visto tanto no componente C3, como no C5. Este dado parece ser coerente com a literatura, uma vez que para desenvolver uma conceptualização de caso em IRT, os seus proponentes afirmam ser necessário identificar e descrever padrões relacionais no presente, identificar figuras de vinculação e procurar evidência para a Teoria do Processo de Cópia (Benjamin, 2018). Esta procura de evidência congruente com a teoria referida, pode ser vista, ainda, com um maior impacto na subcategoria C3C, uma vez que todo o seu conteúdo é referente à busca por “figuras-chave” e o impacto destas no *self*. Ou seja, podemos encontrar no discurso da supervisora, a procura por entender o passado e os sentimentos inerentes, a procura por identificar as pessoas mencionadas e figuras de vinculação que constituíram modelos para a aprendizagem.

Assim, os dados que emergiram deste estudo evidenciaram, para o contexto de supervisão/consultoria com o foco no desbloquear impasses e aceder a uma conceptualização de caso orientadora, a importância de explorar e compreender as relações interpessoais do cliente (tal como representados nesta tarefa de *role-play* desempenhada pelos seus terapeutas).

Refira-se a pertinência potencial do estudo deste tipo de supervisão, mais especificamente desta tarefa, para a comunidade científica e clinica, uma vez que é baseada

nos fundamentos da IRT, modelo caracterizado como integrativo. Pensando na supervisão como uma prática que tem como objetivo último melhorar o exercício clínico e consequentemente, melhorar o bem-estar do cliente. É importante existir abordagens de supervisão mais integrativas de forma a prestar o melhor serviço possível aos clientes, sobretudo nos casos de maior complexidade (Norcross, & Popple, 2017). Para além disto, esta tarefa de supervisão, possa ser vista como algo mais do que pontual (como na amostra), mas ser vista como útil na supervisão mais regular, quando o supervisionado se vê com dificuldade em conceptualizar algum caso dos seus clientes.

Em suma, os resultados deste estudo constituíram mais um passo para a investigação desta tarefa em supervisão, uma vez que forneceu mais informação, com apoio empírico, sobre os processos envolvidos na tarefa de *role-play*, abrindo, assim, caminho para um futuro modelo de supervisão ensinável, tal como acontece com determinadas tarefas terapêuticas quando são devidamente modeladas. O facto deste estudo se situar no interface da literatura de supervisão, conceptualização de caso e treino dos terapeutas também os seus resultados permitem tecer algumas considerações para essas frentes de literatura.

Este estudo envolveu algumas limitações. Em termos metodológicos, considero de extrema importância o facto de o modelo empírico ter sido feito num grupo de trabalho, contudo a análise empírica das categorias analisadas nesta dissertação, foi um trabalho essencialmente individual apenas supervisionado e discutido com um auditor. Se por um lado isto pode ser visto como uma vantagem, uma vez que a proponente deste estudo não tem qualquer experiência em supervisão, nem treino em IRT, conferindo menos contaminação à análise e codificação, por outro lado, uma codificação consensual a dois ou três elementos antes de ser auditada poderia resultar em maior consistência dos dados. Outra limitação, relevante a ser apontada é o facto de a supervisão/consultoria ter sido feita em frente a uma plateia. A desabilidade social pode ter influenciado o desempenho do participante terapeuta, enviesando

os dados, ainda que seja pouco provável, porque a pessoa se voluntariava para a exposição e teria todo o benefício em entrar no papel. Por fim, de notar uma última limitação que diz respeito à caracterização dos participantes-terapeutas. A única informação recolhida destes participantes é em relação ao sexo, contudo informações como a abordagem teórica do participante, a sua idade e anos de experiência, deveriam ter sido registadas para melhor analisar a amostra.

De salientar, que muito ficou por analisar e explorar, dado que este estudo apenas se focou em duas categorias das oito do modelo empírico. Para além de ser importante continuar o trabalho começado, analisando as restantes categorias, em estudos futuros, será relevante redirecionar o foco para o participante-terapeuta e estudar a reação deste em diversas fases do modelo empírico. Ainda no âmbito do estudo direcionado para o participante-terapeuta, seria interessante entrevistá-los de forma a compreender de que forma se sentiram ao interpretar o papel do seu cliente e que influência isto pode ter tido ao longo da tarefa. Desta forma também perceber em que medida as Experiências Educativas Corretivas (Watkins, 2017) estão presentes nesta tarefa. Aliás, o facto de no grupo de trabalho onde foi criado o modelo empírico, estarem presentes como investigadores alguns participantes-terapeutas, permitiu constatar que nessas três supervisões em causa aconteceu sempre um momento de crise experiencial, confusão ou tempestade interna no supervisando, em que a conceptualização era experienciada subcorticalmente (*bottom-up*). No futuro, conhecer melhor sequências de componentes precedentes a esse momento assim como ouvir a voz de quem passou por esses momentos pode constituir estudos de caso interessantes.

Por fim, ainda em orientações para estudos futuros, numa fase mais avançada será fundamental haver um estudo que comprove a validade e eficácia desta consultoria e mais especificamente, desta tarefa, passando assim para a 2ª fase do método *task analysis*.

Referências Bibliográficas

- Akamatsu, T. J. (1980). The use of role-play and simulation techniques in the training of psychotherapy. In A. K. Hess (Eds.), *Psychotherapy supervision: theory, research and practice* (pp. 209-221). New York: John Wiley & Sons.
- Barletta, J. (1996). Supervision for school counsellors: When will we get what we really need? *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 6, 1–7.
- Barletta, J. (2009) Introduction to clinical supervision. In N. Pelling, J. Barletta, P. Armstrong (Eds.), *The practice of clinical supervision* (pp. 5-22). Sydney: Australia Academic Press.
- Benjamin, L. S. (1996). Introduction to the special section on structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1203-1212. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1203
- Benjamin, L. S. (2003). Interpersonal reconstructive therapy: Promoting change in nonresponders. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2006). Interpersonal reconstructive therapy: An integrative, personality-based treatment for complex cases. New York, NY, US: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2008). What is functional about functional autonomy?. *Journal of Personality Assessment*, 90(5), 412-420. doi: 10.1080/00223890802248596
- Benjamin, L. S. (2018). *Interpersonal reconstructive therapy for anger, anxiety, and depression: It's about broken hearts, not broken brains*. American Psychological Association.

- Benjamin, L. S., & Cushing, G. (2000). *Manual for coding social interactions in terms of structural analysis of social behavior*. Salt Lake City: University of Utah.
- Bob, S. R. (1999). Narrative approaches to supervision and case formulation. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 36(2), 146.
- Callahan, J. L., Almstrom, C. M., Swift, J. K., Borja, S. E., & Heath, C. J. (2009). Exploring the contribution of supervisors to intervention outcomes. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 72. doi: 10.1037/a0014294
- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2008). Internalized representations of early interpersonal experience and adult relationships: A test of copy process theory in clinical and non-clinical settings. *Psychiatry: interpersonal and biological processes*, 71(1), 71-92.
- Critchfield, K. L., Benjamin, L. S., & Levenick, K. (2015). Reliability, sensitivity, and specificity of case formulations for comorbid profiles in interpersonal reconstructive therapy: Addressing mechanisms of psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 547–573. doi:10.1521/pedi.2015.29.4.547
- Eells, T. D. (2007). History and current status of psychotherapy case formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2^a ed.) (pp. 3–32). New York: Guilford.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). the quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 579-589. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.579
- Greenberg, L. S. (1984). Task analysis: The general approach. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.). *Patterns of change* (pp. 124-148). New York: Guilford Press.

- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30. doi: 10.1080/10503300600720390
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. (2007). Case formulation in emotion-focused therapy. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2^a ed.) (pp. 379–411). New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., Pascual-Leone, J. (2001). A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(3), 165-186. doi: 10.1080/10720530125970
- Kramer, U. (2019). Introduction. In Kramer, U. (Eds.) *Case formulation for personality disorders: tailoring psychotherapy to the individual client* (pp.xix-xxxi). London: UK American Press.
- Ladany, N. (2013). Conducting effective clinical supervision. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, & B. A. Greene (Eds.), *Psychologists' desk reference* (3^a ed.) (pp. 727 730). New York, NY: Oxford University Press. doi: 10.1093/med:psych/9780199845491.003.0140
- Ladany, N., Friedlander, M. L., & Nelson, M. L. (2016). Supervision essentials for the critical events in psychotherapy supervision model. Washington DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., & Hawkins, E. J. (2001). Using information about patient progress in supervision: Are outcomes enhanced?. *Australian Psychologist*, 36(2), 131-138.
- Milne, D. L. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 437–447.

- Norcross, J. C., & Popple, L. M. (2017). *Supervision essentials for integrative psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Persons, J. B., Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2^a ed.) (pp. 3–32). New York: Guilford.
- Rabinowitz, F. E. (1997). Teaching counseling through a semester-long role play. *Counselor Education and Supervision*, 36(3), 216–223. doi:10.1002/j.1556-6978.1997.tb00388.x
- Shafranske, E. P., & Falender, C. A. (2016). Clinical supervision. In Norcross, J. C., VandenBos, G. R., Freedheim D. K., & Campbell, L. F. (Eds.), *Handbook of clinical psychology: Vol.5. education and profession* (pp. 175-196). American Psychological Association.
- Simpson-Southward, C., Waller, G., & Hardy, G. E., (2017). How do we know what makes for “best practice” in clinical supervision for psychological therapists? A content analysis of supervisory models and approaches. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1–18. doi:10.1002/cpp.2084
- Sperry, L., & Sperry, J. (2012). *Case conceptualization: Mastering this competency with ease and confidence*. Routledge. doi: 10.4324/9780203110010
- Wade, J. C., & Jones, J. E. (2015). *Strength-Based Clinical Supervision: A Positive Psychology Approach to Clinical Training*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Watkins Jr, C. E. (2017). Convergence in psychotherapy supervision: A common factors, common processes, common practices perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 1-14.

- Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54–65.
doi:10.1080/14733140601185274
- Wilson, K., Lizzio, A. (2009). Processes and interventions to facilitate supervisees' learning. In N. Pelling, J. Barletta, P. Armstrong (Eds.), *The practice of clinical supervision* (pp. 138-164). Sydney: Australia Academic Press.